Der Retropharingealabscess und seine Behandlung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Richard Fried,
approb. Arzt aus Ingenheim (Rheinpfalz.)

München 1902.
Kgl. Hof- und Universitätsbuchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Der Retropharingealabscess und seine Behandlung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Richard Fried,
approb. Arzt aus Ingenheim (Rheinpfalz.)

ACAD. MED. BAT. BIBL.

München 1902.
Kgl. Hof- und Universitätsbuchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Herr Obermedizinalrat Prof. Dr. v. Angerer.

Seinen Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548325_0079

Entzündliche Prozesse und Eiterungen im prävertebralen Bindegewebe galten in früheren Zeiten für eine grosse Seltenheit; an und für sich allerdings keine häufige Erkrankung des Menschen, war das seltene Vorkommen dieser Affektionen sicherlich oft genug eine Folge der enormen Schwierigkeit einer exakten Diagnose. Denn öfter fand man bei Obduktionen von Kranken, die vermeintlich an Croup oder anderen laryngealen Stenosen ad exitum kamen, unerwarteterweise eine Phlegmone oder einen Abscess im retropharyngealen Bindegewebe als Todesursache, und in vivo hatte man statt der Incision die Tracheotomie gemacht. Heute, nach der von Bokai eingeführten Digitalexploration können wir von einer auffallenden Seltenheit genannter Prozesse gerade nicht mehr sprechen.

Der Retropharyngeal-Abscess stellt in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine Erkrankung des Kindesalters dar. So ist es auch nicht zu verwundern, dass die Pädiater in erster Linie mit dieser Krankheit sich beschäftigten, und in der That gebührt ihnen, zumal Bokai, Schmitz, Henoch, Gautier u. a. das Verdienst, durch hervorragende Arbeiten dieses Krankheitsbild dem Interesse der Ärzte näher gebracht zu haben.

Noch aktueller wurde bald darauf das Interesse für den retropharyngealen Abscess, als insbesondere von chirurgischer Seite die therapeutische Frage in den Mittelpunkt vieler Diskussionen gezogen wurde, die, bis heute noch nicht völlig abgeschlossen, den Retropharyngeal-Abscess auf das sogenannte Grenzgebiet zwischen innerer Medizin und Chirurgie brach-

ten, vorausgesetzt, dass man Eingriffe wie Abscesspunktionen u. s. w. als den Technicismen eines Internisten zugehörig anerkennt.

Um Genese, Lokalisation und Ausbreitung des R. A.[1]) richtig zu verstehen, ist es zweckmässig, Anatomie und Topographie dieser Region wenigstens in kurzen Zügen vorauszuschicken.

Hyrtl und Luschka machen auf konstant vorkommende Drüsen aufmerksam, die in der Höhe des zweiten Halswirbels am oberen Ende des musculus rectus capitis anticus maior zwischen Konstriktoren und der prävertebralen Aponeurose ihren Sitz haben.

Henle bringt eine genauere anatomische Schilderung dieser Region, insbesondere des für den R. A. so bedeutsamen lymphatischen Apparates. Nach seinen Angaben finden sich konstant zwei Lymphdrüsen in zweiter und dritter Halswirbelhöhe, die ungefähr vom fünften Lebensjahre ab verschwinden; mit der Lage dieser Drüsen stimmt der Sitz der Lymphadenitis retropharyngealis genau überein. Nach Henle sind nun für den R.-A. die Glandulae faciales profundae und die Glandulae cervicales profundae superiores von Wichtigkeit. Erstere, in der Fossa sphenopalatina, auf dem musculus buccinatorius und an der Seitenwand des Pharynx gelegen, nehmen den Lymphstrom aus der Fossa sphenopalatina, aus Augen- und Nasenhöhle, aus Gaumen und oberem Teil des Pharynx auf. Ihre Vasa efferentia gehen zu den Glandulae cervic. proff. supp., die längs der Vena jugularis interna und carotis int. gelegen sind; ihre Vasa afferentia stammen also aus den Gland. facial. proff., ferner aus den Gland. submaxillares und linguales und hiermit indirekt aus der Schläfengegend, aus den Weichteilen des ganzen Gesichtsschädels, aus

[1]) In der Folge sei für „Retropharyngeal-Abscess“ die Abkürzung „R.-A.“ gebraucht.

dem Boden der Mundhöhle, Zunge, Larynx, Thyreoidea, unterem Teil des Pharynx, tieferer Hals- und Nackenmuskulatur.

Diese Angabe Henles bestätigte Dollinger auf Grund von Untersuchungen auf dem Sektionstische.

Auf die Bedeutung dieser Drüsen hat besonders H. Neumann aufmerksam gemacht und gezeigt, dass sie bei allen entzündlichen Affektionen der genannten Teile, aus welchen sie den Lymphstrom aufnehmen, eine wesentliche Rolle spielen und meist einer Hyperplasie bezw. Suppuration anheimfallen.

Das Verständnis für die Ausbreitung dieser vereiterten Adenitiden am Halse hat König zuerst geweckt und auf die grosse klinische Bedeutung derartiger Eitersenkungen hingewiesen.

König, der die Spalträume des Halses durch Leiminjektionen ausfüllte, kam dabei zu folgendem Ergebnis: Am Halse gibt es sowohl unpaare als auch paarige Bindegewebsspalträume. Zu letzteren gehört der grosse Gefässspalt, der, die grossen Halsgefässe umgebend, von der Basis cranii zum Aortenbogen geht, gedeckt von der Fascia infrahyoidea, nach aussen begrenzt vom M. subcutaneus colli, nach innen vom präviscerален Spalt, nach oben vom Kopfnicker, nach hinten von dem die Nackenmuskeln umgebenden Gewebe. Der Gefässspalt tritt an der Stelle, wo der präviscerale Spalt zum Mediastinum anticum wird, mit den unpaaren Spalträumen in nahe Berührung; in der Höhe der Berührungsstellen der paaren und unpaaren Spalträume befinden sich die Pleurakuppen. Der präviscerale Spalt wird, wie erwähnt, zum Mediastinum anticum.

Der retroviscerale (= retropharyngealer plus retroösophagealer) Spalt liegt quer hinter Pharynx und Ösophagus, verengert sich in Cricoidhöhe und umfasst dann den Ösophagus cirkulär. Er hat recht feste Begrenzung beiderseits durch

eine zusammenhängende Bindegewebsschicht. Dieser Seitenabschluss gegen die Gefässe ist oben weit fester als unten im Gebiet der Speise- und Luftröhre, und besonders in der Gegend der Art. thyreoidea inferior kommt man leicht aus dem hinteren Spaltraum heraus in den vorderen und in die Gefässspalte. Noch weiter unten, wo die Trachea zwischen den beiderseitigen Halsgefässen durch- und über dem Aortenbogen weg vollends aus dem vorderen in den hinteren Spaltraum übergeht, ist die Scheidung nicht mehr exakt, der Übergang aus einem in den anderen Raum leicht. Von hier nach abwärts wird der Retrovisceralspalt zum Mediastinum posticum, seine Berührung mit Gefäss- und Präviscerälspalt wird, wie gesagt, in Höhe des Aortenbogens eine innige. Noch weiter unten werden Mediastinum anticum und posticum durch die festere Verwachsung des Herzbeutels mit der Pleura wieder geschieden.

König kommt nun zu dem Schlusse, dass die R. A., sobald sie den Cricoidknorpel überschritten haben, die retroviscerale Spalte gerne mit der Art. thyreoidea inferior verlassen, von da in die Gefässspalte gelangen, dort Schwellung machen und zuweilen nach innen oder aussen vom M. sternocleidomastoideus zur Perforation gelangen. Weniger leicht lösen sie den Ösophagus ringförmig ab, um in das Mediastinum posticum durchzubrechen, unter dem Arcus aortae in das Mediastinum anticum sich zu ergiessen und von hier aus Pericard und Pleurasack zu perforieren.

Über die gegenseitige Beziehung der Spalträume wurde noch von verschiedenen Seiten Untersuchungen angestellt, die aber zum Teil von einander abweichende Resultate ergaben.

Auch Rosenthal machte, um die Kommunikationsverhältnisse klar zu legen, Injektionen mit flüssigem Wachs, kommt allerdings zu dem Resultat, dass die Injektionsmasse,

abnorm gesteigerten Druck ausgenommen, nirgends in die Muskel- oder Gefässscheiden gelangte, ebenso wenig konnte er längs der Art. thyreoidea inferior irgend welche Kommunikation zwischen retro-präviscerealem und Gefässspalt und zwischen Mediastinum anticum und posticum nachweisen.

Jedoch spricht die Erfahrung, dass so viele R. A. sich ihren Weg im Sinne der von König gefundenen Kommunikationen bahnen, um dann an der seitlichen oder vorderen Halsregion zu Tage treten, entschieden gegen das Rosenthal'sche Experiment. Andererseits scheint unser später zu zitierender Fall I, den Prof. von Angerer operierte, ganz besonders für die von König experimentell festgelegten Verhältnisse zu sprechen: Bei der Patientin sah man nämlich neben dem Haupttumor, der die seitliche und vordere Halsregion einnahm, hinter der Clavicula einen Zapfen ins vordere Mediastinum ziehen, der sich bei der Operation als eine Abscesstasche erwies, die mit dem retropharingealen und dem in der Gefässspalte befindlichen grossen Eiterherd kommunizierte und nach unten ins Mediastinum anticum sich erstreckte.

Nach Ätiologie und Pathogenese der retropharyngealen Abscesse unterschied zuerst Bokai sen. folgende vier Formen:

1. Idiopathische Form.
2. a) Sekundäre, hervorgerufen durch Eitersenkungen bei Abscessen am Halse.
   b) Sekundäre, hervorgerufen durch Spondylitis cervicalis.
3. Metastatische bei Scarlatina und Diphtherie.
4. Traumatische Form.

Gerhardt differenziert eine idiopathische, eine Kongestions- und eine metastatische Form.

Pitha und Billroth nehmen als Unterlage ihrer Einteilung Symptome und Therapie und unterscheiden:

1. stürmische, die ein sofortiges Eingreifen erheischen, und
2. solche mit weniger rapidem Verlauf.

Baginsky nimmt eine Mittelstellung ein und erkennt Bokais Einteilung in idiopathische und sekundäre Formen an, mit der Einschränkung allerdings, dass autochthone chronische Lymphadenitiden nicht eigentlich idiopathischer Natur seien, sondern stets von Prozessen der Umgebung ausgehen, die dann unter prädisponierenden Momenten (Katarrhe, Witterung, hygienische Verhältnisse) in Suppuration übergehen können.

Mit der Begründung, dass Bokais und Gerhardts metastatische Form ihren Charakter nicht zur Genüge besitzt, möchte Schmitt folgendermassen gruppieren:

1. Lymphadenitische Formen:
   a) nach akuten und chronischen Entzündungen der in Betracht kommenden Organe,
   b) nach Traumen;
2. Kongestionsabscesse.

Auch die Annahme einer idiopathischen Form hält Schmitt für überflüssig, zumal ihm die Gründe, die Bokai, Henoch etc. zur Aufstellung des idiopathischen, essentiellen retropharyngealen Abscesses bewegen, nicht stichhaltig genug erscheinen.

Kaufmann, der über Fälle aus der Vierordt'schen Klinik berichtet, teilt ein in:

1. örtlich entstandene;
2. aus der Nachbarschaft fortgesetzte;
3. metastatische (via Blut) R. A.,

und macht für 1. die Unterabteilung in a) idiopathische, b) traumatische, c) nach Entzündung der Schleimhäute entstehende R. A.

Wie ersichtlich, unterscheiden sich all diese Aufstellungen jüngeren Datums nicht sehr wesentlich von der ersten, die Bokai bereits 1876 gab; die Form des „idiopathischen“ Abscesses völlig fallen zu lassen, scheint nach den bisherigen Ergebnissen nicht angängig, da zu viele in diese Kategorie gehörigen Fälle von einwandsfreien Beobachtern berichtet wurden.

Gewiss gestehen wir mit der Annahme eines idiopathischen R. A. zu, dass wir über die Ätiologie noch im Dunkeln irren; aber wir kennen eine so grosse Menge sehr schnell einsetzender und ebenso schnell vereiternder Adenitiden, dass wir uns, gezwungen durch die Unzulänglichkeit unserer Hilfsmittel, mangels anderweitiger Erklärung zur Diagnose „Idiopathische R. A.“ wohl entschliessen müssen.

Wenn nun also gerade vom modernen, wissenschaftlichen Standpunkt ätiologischer Forschung aus die idiopathische Halsdrüsenentzündung eine Fiktion ist, so müssen wir uns doch zu seiner Annahme bequemen, aber nur dann, wenn jede andere Erklärung mit Sicherheit auszuschliessen, ein Postulat, das Karewsky mit um so grösserem Recht stellt, als wir ja heute gerade den bei Skrophulose und Tuberkulose vorkommenden und seit langer Zeit als „primär“ bezeichneten Adenitiden sehr skeptisch gegenüberstehen, seit wir wissen, dass der Tuberkelbazillus durch die Schleimhäute eindringen und mit der Lymphe in die Drüsen verschleppt werden kann, ohne bei seinem kurzen Verweilen an der Eingangspforte daselbst Veränderungen hervorzurufen (cf. Bronchialdrüsentuberkulose!); sehr leicht könnte auch bei anderen Noxen diese Möglichkeit vorliegen.

Eo ipso hat man also bei diesem R. A. eine primäre Infektion im Wurzelgebiet der zugehörigen Lymphdrüsen anzunehmen. Dies um so mehr, als zahlreiche gewissenhafte Beobachter für die Mehrzahl ihrer Fälle vorangehende

katarrhalische Affektionen in Mund, Nase, Rachen, Ohr etc. finden konnten, so dass wir wenigstens in diesen Fällen den R. A. als Ausgang einer Lymphadenitis zu betrachten hätten. Schon Bokai und Schmitz sprachen sich für diese Genese des sog. idiopathischen Abscesses aus, Schmitz jedoch mit der Einschränkung, dass „nicht immer eine Adenitis retropharyngealis den Ausgangspunkt der Krankheit bildet", und doch können eben nur diese letzteren, selteneren Fälle den Anspruch einer reinen idiopathischen Erkrankung machen, während den aus Adenitiden hervorgegangenen dieses Attribut nicht zukommt; denn bei ihnen lässt sich die Vorstufe, die Hyperplasie der Drüsen, ungezwungen durch die Deponierung entzündungserregender Stoffe oder sonstiger Noxen verstehen. Letztere Anschauung gewinnt noch an Bedeutung, da Neumann in derartigen idiopathischen Adenitiden Streptokokken und Staphylokokken gefunden hat. Es erscheint demnach die Forderung Schmitts, eine eigene lymphadenitische Form des R. A. aufzustellen, gewiss berechtigt.

Den Begriff einer abscedierenden Lymphdrüsenentzündung als Vorstufe des R. A. suchen wir vergebens bei Henoch, der durch seine Erfahrungen die Existenz derselben für nicht erwiesen erachtet. Dem gegenüber bestätigen jedoch Bokai, Schmitz, Neumann diese Ätiologie vollkommen. Letzterer hält sogar die retropharyngeale Adenitis nur für eine Teilerscheinung allgemeiner Lymphdrüsenentzündung am Halse, die ihren Ursprung in dem bereits mehrfach erwähnten Wurzelgebiet dieser Drüsen nehme. Auch Oppenheimer brachte Beweise für die Existenz retrovisceraler Adenitiden: er beobachtete nach Incision, die keinen Eiter ergab, einen Schwund der zuvor palpablen hyperplastischen Drüsen bei symptomatischer Therapie; er hält die Kenntnis dieser Adenien deshalb für wichtig, weil sie unter Umständen die gleichen Symptome, wie der R. A., machen können. Da die

Mehrzahl der Adenitiden sehr schnell zur Eiterung tendiert, so ist es leicht erklärlich, warum man sie seltener als R. A. zu Gesicht bekommt.

Es fragt sich nun, was ist die erste Ursache für die Lymphdrüsenaffektion? In den meisten Fällen kann man Angaben über Katarrhe des Mundes, Rachens, der Nase, des Mittelohrs hören, zuweilen auch über Soor, Aphten, Placques in Mund und Rachen. Mit Steigerung der Katarrhe in der kälteren Jahreszeit beobachtete Oppenheimer eine Steigerung des Vorkommens des R. A. und zwar in den Monaten Oktober bis Februar. Dass schlechte Witterungsverhältnisse durch Katarrhe der Rachenorgane eine Frequenz im Auftreten der R. A. begünstigen können, glaubt auch Bokai, aber ob diese oder jene Monate mehr disponieren, bezweifelt er, im Gegensatz zu manchen Autoren, sehr.

Was das Alter anlangt, so prädisponiert das erste bis dritte Lebensjahr besonders für die lymphadenitische Form.

Die Tuberkulose wurde als Erreger schon angesprochen, aber der Bazillus im Eiter noch nie gefunden.

Konstitutionelle Erkrankungen, die zu Drüsenhyperplasie überhaupt prädisponieren, spielen nach Bokai sen. und jun. eine grosse Rolle. Zuvörderst gilt dies von der Skrophulose mit ihren multiplen Adenitiden und Abscedierungen, Ekzemen, Otitis, Blepharitis, Conjunctivitis. Es soll hier jedoch nicht unerwähnt bleiben, dass Henoch und Schmitz der skrophulösen Dyskrasie jeglichen Einfluss absprechen.

Auch der Syphilis, Rhachitis und Atrophie muss man einen massgebenden Einfluss zuerkennen, wenn auch vereinzelte Autoren sich dagegen aussprechen.

Von allen Seiten jedoch wird angegeben, dass die akuten Infektionskrankheiten, wie Masern, Keuchhusten, Diphtherie, Typhus und Pocken, mit ihrer Neigung zu Rhinitis, Stoma-

titis und Pharyngitis mitunter Komplikationen mit R. A. aufweisen können.

Wenn wir also neben diesen ätiologischen Momenten besonders den Dyskrasien eine wichtige Rolle zuerkennen, so darf doch nicht verschwiegen werden, dass Schmitz eine dyskrasische Prädisposition direkt leugnet, mit der Motivierung, dass seine mit R. A. behafteten Patienten meist von sonst gesunder und kräftiger Konstitution waren.

Bokais sekundäre Form bei Abscessen am Halse ist, wie er selbst zugesteht, trotz der enormen Häufigkeit von Halsabscessen ausserordentlich selten; ihre Diagnose ist überaus schwer, da der Entscheid, ob der R. A. primär oder wirklich sekundär, oder ob beide Affektionen zeitlich nebeneinander entstanden sind, meist im Stiche lässt.

Was die traumatische Form des R. A. betrifft, so ist hier die Art der Entstehung klar, so dass wenig hierüber gesagt zu werden braucht. Sie entstehen durch harte Bissen, heisse Getränke, Gräten, spitze Gegenstände etc.; dass dabei dem Eindringen von Mikroorganismen Thür und Thor geöffnet sind, ergibt sich von selbst.

Noch seltener sind die R. A. durch indirekte Gewalt, wie sie z. B. bei Muskelanstrengungen, Zerreissen von Ösophagusmuskelbündel mit nachfolgender Infektion der Drüsen, beim Epileptiker im Anfalle vorkommen können. Die in unserem Falle II einwirkende Gewalt hat den R. A. als solchen kaum verschuldet, scheint jedoch bei einem tuberkulösen Individuum durch Schaffung eines locus minoris resistentiae die Spondylitis veranlasst oder möglicherweise einen chronisch und symptomlos sich entwickelnden destruierenden Prozess an den Halswirbelkörpern flagranter gestaltet zu haben.

Dass auch infolge der bei der Dentition entstehenden Stomatitis und Gingivitis mit ihren zahlreichen Läsionen der Mukosa

ein Virus eindringen und die Drüsen infizieren kann, ist wohl denkbar, wird jedoch von Henoch strikte negiert.

Wir kämen nun auf jene Kategorie von R. A., die man als Kongestionsabscesse bezeichnet. Sie verdanken insgesamt ihren Ursprung einer tuberkulösen Spondylitis cervicalis. Viel seltener als die lymphadenitischen Formen sind sie nicht an das frühe Kindesalter gebunden und stellen die bei Erwachsenen wohl am meisten vorkommende Form dar. Sie sind ausgezeichnet durch einen exquisit chronischen Verlauf; übrigens muss nicht jeder Spondylitis ein Abscess folgen.

Der Weg ihrer Ausbreitung ergibt sich aus den vorausgeschickten topographisch-anatomischen Bemerkungen von selbst und braucht an dieser Stelle nicht mehr wiederholt zu werden.

Es erübrigt noch, als letzten den vielumstrittenen metastatischen R. A. anzuführen. Bokai berichtet von derartigen Fällen bei Scarlatina und Typhus, ohne aber bei allen einen metastatisch-septischen Charakter zu finden. Er will daher den scarlatinös-metastatischen R. A., der sich sonst vom idiopathischen nicht unterscheidet, nur dann als solchen ansprechen, „wenn bei der Scarlatina diphtheritische Septicopyämie auftritt“. Es kann auch die Möglichkeit metastatischer R. A. bei den chronischen Infektionskrankheiten, Tuberkulöse und Lues, gewiss nicht geleugnet werden.

Bevor jedoch die Bakteriologie den diesen Formen vindizierten Charakter nicht zu beweisen vermag, stehen wir ihnen mit Recht misstrauisch gegenüber, zumal gerade bei den akuten wie chronischen Infektionskrankheiten in der Mukosa des Respirationstraktus primäre Gewebsveränderungen nie fehlen, die eine Kokkeninvasion begünstigen und das Zustandekommen eines R. A. uns ungezwungen erklären lassen. Diese Überzeugung ist es wohl, die viele veranlasst hat, die metastatische Form gänzlich zu eliminieren.

Das pathologisch-anatomische Substrat der retropharyngealen Adenitiden und Abscesse bietet nichts, das sie von den übrigen Lymphdrüsenentzündungen besonders charakterisieren würde. Man findet nach Baginsky die Drüsen entweder im Zustand frischer Schwellung, saftreich, auf Durchschnitt von dunkelblauroter Farbe, oder man findet harte Drüsen, die einen grauen, trockenen, gefässarmen Durchschnitt zeigen.

Käsige Einschmelzung trifft man zuweilen bei Kindern, die auch an käsigen Lungenprozessen leiden. Sodann ist der Befund bei R. A. unterschiedlich, je nachdem der Prozess seinen Ausgangspunkt subperiostal vom Knochen (Spondylitis) oder vom submukösen Zellgewebe und den Drüsen aus (Lymphadenitis) genommen hat. Mitunter findet man Arrosion von Gefässen; dies besonders bei phlegmonösen Entzündungen und Vereiterungen bei Scarlatina mit septicämischem Charakter. Andere Befunde von Blutungen in der Abscesshöhle glaube ich wohl, vorausgesetzt, dass keine ulcerative Schädigung der Gefässwand vorlag, auf die post operationem oder bei Spontandurchbruch eingetretene Änderung der Druckverhältnisse zurückführen zu dürfen.

Die Symptomatologie dieses je nach Entstehung, Grösse und Ausbreitung so variablen Krankheitsbildes hier erschöpfend darzustellen, liegt nicht im Rahmen dieser Arbeit. Doch wollen wir einzelne besonders charakteristische Symptome herausgreifen, zumal diese auch bei anderen intra- oder extralaryngealen Stenosen in ähnlicher Weise sich darbieten und zu Verwechslungen, besonders mit Croup, geführt haben. Im voraus sei bemerkt, dass das Symptomenbild des R. A., wie vorhin angedeutet, sehr schwankend ist, je nachdem er lymphadenitischen oder traumatischen Ursprungs (mehr akut) oder spondylitischen (chronisch) ist, oder je nachdem er Erwachsene oder ältere Kinder befällt, wo die Erscheinungen

sich weniger turbulent gestalten als bei Säuglingen, deren durch die Rachentonsille ohnehin schon verengtes Cavum nasopharyngeale bei Vorwölbung der Rachenwand infolge der nunmehr nahezu ganz verlegten Passage heftigere Erscheinungen hervorrufen muss. Auch die reine, nicht abscedierende Lymphadenitis kann, wie eingangs bemerkt, bei beträchtlicher Hyperplasie die Erscheinungen des R. A. machen.

Von jeher hat man als ein Hauptsymptom des R. A. die Erschwerung der Deglutition vorangestellt. Dieselbe erklärt sich anfänglich durch die Schmerzhaftigkeit der entzündeten Rachengebilde beim Schlingen, so dass Säuglinge die Warzen fahren lassen und laut aufschreien, ältere Kinder und Erwachsene nehmen Nahrung nur noch in Pausen und in kleinen Mengen zu sich. Diese Symptome sind allen Schleimhauterkrankungen eigen, die Dysphagie ist hier Folge des Schluckschmerzes.

Dann treten aber mit dem Wachstum des Tumors mechanische Hindernisse auf, die Schlingbeschwerden steigern sich, und zwar in um so höherem Grade, je mehr der Abscess sich nach abwärts ausbreitet, so dass die Patienten trotz Hunger und Durst oft tagelang nichts zu sich nehmen.

Man hat darauf aufmerksam gemacht, dass bei reinem Larynxcroup und tiefem R. A. die Erschwerung der Deglutition in den Hintergrund tritt. Bei Croup ist dies leicht verständlich, weil das Hindernis im Respirationstraktus liegt, bei tiefem R. A. erklärt man es anders: entweder ist das Fehlen nur scheinbar, d. h. die Schlingbeschwerden werden von stärkeren Respirationsbeschwerden in den Hintergrund gedrängt und nicht beachtet, oder wo die Schluckbeschwerden fehlen, ist auch die Respirationsbehinderung weniger durch einen Tumor als durch komplizierendes Glottisödem bedingt. Meiner Ansicht nach liesse sich vielleicht eine weitere Erklärung aus anatomischer Betrachtung herleiten: da das prä-

vertebrale Zellgewebe gegen das Mediastinum posticum zu immer lockerer wird, so läge es doch nahe, dass ein tiefer Abscess mehr Tendenz zur Flächenausbreitung hat, woraus sich die unbehinderte Deglutition hinreichend erklären lassen würde, da ja sogar ein hoher Abscess bei genügender Abflachung das Schlingen nur wenig behindert.

Eine weitere prägnante Erscheinung des R. A. haben wir in den Respirationsstörungen. Auch dieses Symptom hat erst von einer gewissen Grenze ab diagnostischen Wert, indem es uns Anhaltspunkte bezüglich Sitz und Ausbreitung des Abscesses gibt. Sitzt dieser hoch, so wird nur die Nasenatmung beeinträchtigt, die Patienten können bei geschlossenem Munde nicht atmen, auch nicht schlafen, und bekommen zuweilen nachts Erstickungsanfälle, die Schmitz in der Weise erklärt, dass bei freier Mundatmung der Mund während des Schlafes plötzlich zuklappt und natürlich sofort ein Erstickungsanfall erfolgt, der beim Erwachen durch Öffnen des Mundes gehoben wird. Dieselbe Ursache liegt dem Fahrenlassen der Brustwarze von seiten der an R. A. leidenden Säuglinge zu grunde.

Die behinderte Nasen- aber freie Mundatmung bildet bei hochsitzenden R. A. ein diagnostisches Kriterium gegen Croup. Sitzt aber der Tumor mehr unten oder gar in der Nähe der Glottis, so werden die Beschwerden hochgradig und prognostisch wichtig. Infolge der gesteigerten Verengerung wird das Atmen, besonders bei horizontaler Lage, erschwert, sonor, schnarchend, jedoch nicht zischend oder sägeförmig, wie bei Croup. Das auffallende schnarchende Atmen bei R. A., für Bokai und Henoch ein Hauptdiagnostikum, gehört zu den konstanten Symptomen; man muss allerdings wissen, dass es nicht schon vor der Erkrankung, etwa durch Tonsillarhypertrophie oder adenoide Vegetationen, vorhanden war.

Ich glaube, bei genauerer Überlegung müssen wir uns

immerhin sagen, dass die Respirationssymptome doch nicht den diagnostischen Wert besitzen, den man ihnen beilegt, sintemal uns manche Differenzen hierüber begegnen. Während z. B. Henoch das Fehlen des Croupatmens als pathognostisch für tiefere R. A. bezeichnet und, wenn es einmal da ist, durch im Pharynx angehäufte Schleimmassen erklärt, halten andere einen Croupstridor für ein wichtiges Symptom des R. A. Die Atmungsgeräusche werden beschrieben als schnarchend, rasselnd, näselnd etc. etc., so dass man wenig damit anfangen kann.

Mit Recht macht daher Kaufmann darauf aufmerksam, wie denn überhaupt Geräusche zu stande kommen: ein Zischen, entstehend, wenn Luft durch einen engen Spalt getrieben wird, kann demnach sowohl bei Croup als bei tiefsitzenden R. A. auftreten. Das eine Mal ist es eine intra-, das andere Mal eine extralaryngeale Stenose.

Schnarchen, durch Bewegen des Gaumensegels bei offenem Munde entstehend, muss wohl bei hohem R. A. mit behinderter Nasenatmung entstehen; ist letztere völlig aufgehoben, so erhalten wir, wie bei starkem Schnupfen, einen näselnden Beiklang.

Wenn man bedenkt, dass Rasseln nur durch Flüssigkeitsansammlung zu stande kommen kann — und Flüssigkeit ist überall da, wo Exsudation und Drüsensekretion vorhanden —, so leuchtet ein, dass der diagnostische Wert dieses Symptoms nahezu illusorisch wird.

Wir können also wohl einen hochsitzenden R. A. durch seine Atemgeräusche von Croup unterscheiden, einen tiefsitzenden schwerlich.

Betreff der Stimme wäre die Klarheit derselben bemerkenswert und nach Henoch ein wichtiges Unterscheidungsmoment von Croup. Andere Autoren bezeichnen eine Dämpfung, einen Gaumenton ähnlich wie bei Tonsillarhypertrophie, für charakteristisch. Im grossen ganzen jedoch bleibt die Stimme

rein und in der Mehrzahl der Fälle frei von der croupösen Heiserkeit, kann aber immerhin durch eine katarrhalische Schwellung der oberen Larynxpartien heiser werden und einen Irrtum mit Croup herbeiführen. Natürlich ist klar, dass bei Komplikation mit Diphtherie oder Croup jegliches Stimmensymptom wertlos wird.

Husten ist ein inkonstantes Symptom, er kann durch Schleimansammlung ausgelöst werden und ist von untergeordneter Bedeutung.

Die Haltung des Kopfes zeigt in entwickelten Fällen eine gewisse Steifigkeit und Rückwärtsbiegung, die bei R. A. spondylitischen Ursprungs natürlich ausgeprägter ist und zuweilen von ausstrahlenden Schmerzen begleitet wird.

Bei Durchbruch der retropharyngealen Eiterung ergibt die Inspektion entsprechende Schwellung in der Unterkieferwinkelgegend oder am vorderen oder hinteren Rand des M. sternocleidomastoideus.

Manche Autoren legen auch der Schwellung der Submaxillardrüsen, wenn dieselbe stark und einseitig geworden ist, einen gewissen Wert bei.

Weitere Symptome, wie Halsdrüsenschwellung, Fieber, Erbrechen, Verhalten des Verdauungsapparates, des Circulations- und des Nervensystems, bieten durchaus nichts für R. A. Charakteristisches, so dass ich hierauf nicht näher einzugehen brauche. Höchstens sei betreff Nervensystem erwähnt, dass soporöse und convulsive Zustände jedesmal auf die CO_2-Überladung des Blutes zurückzuführen sind.

Bei sekundären Abscessen sind die Symptome nicht so flagrant, sie entwickeln sich langsamer und schleichend und sind von den idiopathischen bezw. lymphadenitischen R. A. mannigfach modifiziert, was ja von der Natur des primären Leidens abhängt und besonders von den R. A. spondylitischen Ursprungs gilt, bei denen die Erscheinungen der Spondylitis

cervicalis in der ersten Zeit ganz und gar in den Vordergrund treten.

Die Diagnose des R. A. ist leicht, wenn man nur an die Möglichkeit eines solchen denkt, und ergibt sich aus den geschilderten Symptomen. Hiezu tritt aber noch als das Hauptdiagnostikum die unerlässliche Forderung der vorsichtigen digitalen Exploration des Pharynx, selbst auf die Gefahr hin, Dyspnoë und Suffokationserscheinungen hervorzurufen oder den Abscess zum Platzen zu bringen. Seit der Einführung der digitalen Palpation, der souveränen Untersuchungsmethode, haben sich immer mehr Fälle von R. A. gefunden.

Bei der Differentialdiagnose werden sich durch die bereits hervorgehobenen Symptome im Verein mit guter Digitaluntersuchung keine Verwechslungen ergeben.

Die Frage der Prognose kann man nicht für alle Fälle von R. A. zugleich beantworten; sie hängt im wesentlichen von der Ursache ab. Am ungünstigsten sind die septischen, diphtheritischen und scarlatinösen Formen, am günstigsten die lymphadenitischen, wiewohl auch sie unter Umständen lebensgefährlich werden können. Dabei ist von besonderer Wichtigkeit für die Prognose das Alter der Patienten; denn je jünger ein Kind und je enger das Cavum nasopharyngeale, desto grösser ist die Gefahr hochgradiger Larynxstenose, und um so eher kann bei Spontanruptur, zumal während des Schlafes, oder bei schlecht ausgeführter künstlicher Incision Erstickung bezw. deletäre Aspirationspneumonie erfolgen oder gar Kollaps, der bei den wegen der behinderten Nahrungsaufnahme geschwächten Kindern sehr leicht eintreten kann. Die schlechtesten Aussichten gibt entschieden der Abscess, der einer Wirbelcaries seine Entstehung verdankt. Der Grad des Destruktions- und Deformationsprozesses einerseits, die tuberkulöse Dyskrasie mit ihrer schlaffen Heilungstendenz andererseits, sind hier fast allein ausschlaggebend (cf. Fall II).

Eitersenkungen in den Brustraum oder in die äusseren Teile des Halses, in Parotis- und Submaxillargegend können sich hinzugesellen und allmählich zur Erschöpfuug führen.

Diese Thatsache, dass Inanition, Erstickung und Sepsis das Leben der Patienten bedroht, zeigt, dass energisches Handeln am Platze ist und mit der Stellung der Diagnose die Therapie alsbald einzuschreiten hat.

Ehe wir auf die chirurgisch-therapeutische Frage eingehen, sei noch bemerkt, dass eine symptomatische Behandlung lediglich für die Lymphadenitis retropharyngealis non abscedens in Betracht kommt; hier können die regelmässig vorhandenen Katarrhe sowie die Allgemeinkonstitution (durch Jod, Sool-Seebäder, Leberthran, Ichthyolsalbe, abwechselnde lokale Applikation von Kälte und Wärme in Form von Eisstückchen resp. Kataplasmen) oft wirksam bekämpft werden. Des Versuches wert halten Bokai und Schmitz auch die Jodbepinselung sowohl von aussen, als auch innen auf Gaumensegel und Pharynxschleimhaut und hoffen dadurch entweder Hintanhaltung oder Beschleunigung der Abscedierung.

Bei beginnender Spondylitis cervicalis kann eine antituberkulöse, verbunden mit der orthopädischen, Behandlung die Bildung eines R. A. eventuell hintanhalten.

Jedoch mit dem Nachweis einer fluktuierenden Geschwulst tritt das Messer in sein Recht, Spontanruptur darf unter keinen Umständen abgewartet werden, da sonst alle bei der Frage der Prognose bereits gewürdigten Komplikationen dem Leben der Patienten ein Ende setzen können.

Die primitivste Encheirese, die ich in der älteren Literatur allerdings skeptisch empfohlen finde, die Eröffnung des Abscesses mit dem Finger, hat natürlich heutzutage keine Anhänger mehr; dasselbe gilt von Abelins Troicar, es sei denn, dass nach dem Troicarstich eine Erweiterung der Wunde, etwa mit der Kornzange, folgt.

Stoerk erfand ein Pharyngotom, ein Holzgriff mit Stahlstab, der sich zu einem mit der leicht konvexen Seite nach aussen gerichteten Messerchen verjüngt; das Ganze ist mit verschiebbarer Kautschukröhre überzogen, die beim Ein- und Ausführen darüber bleibt. Das Instrument wird unterhalb des Abscesses angesetzt, nach oben gezogen, wobei es den Abscess eröffnet.

Schmitz konstruierte ein Messer, dessen von einer stumpfen Seitenplatte verdeckte Klinge sich durch Vorwärtsschieben eines an der oberen Fläche des Stieles befindlichen Knopfes hervorstossen lässt. Bokai empfiehlt dies Instrument, besonders für Ungeübtere; seine Anwendung geschieht unter Leitung des Kehlkopfspiegels.

Baginsky empfiehlt eine knieförmig gebogene Kornzange.

All diese Instrumente können angewandt werden; dasselbe leistet aber auch ein mit Heftpflaster umwickeltes Messer. Sitzt der Abscess zu tief, als dass man ihn mit dem geraden Messer erreichen könnte, so empfiehlt sich die knieförmig gebogene Kornzange oder ein bogenförmig gestaltetes Stilet.

Die Incision von innen hat ihre Freunde, aber in neuerer Zeit viele Gegner gefunden. Ihre wärmsten Verteidiger, Bokai sen. und jun., Henoch, halten sie beim unkomplizierten ausgebildeten Abscess für die rationellste Methode, die laterale Incision für gefährlich und überflüssig und nur dort angezeigt, wo der Abscess ohnehin nach aussen zu perforieren droht. Gegen diese Ansicht haben sich gerade in der jüngsten Zeit viele Stimmen, zumal von chirurgischer Seite, erhoben.

Man thut gewiss am besten, wenn man sich denen anschliesst, die nicht generalisieren, sondern, je nachdem es opportun erscheint, diese oder jene Methode bevorzugen.

Obwohl die Incision von innen nicht ganz ungefährlich ist, zieht sie der praktizierende Arzt gewöhnlich vor.

Die Operation geschieht in der Weise, dass der geschützte Zeigefinger der linken Hand die Zunge des Patienten, dessen Kopf vom Assistenten festgehalten wird und sich in aufrechter Stellung befinden muss, dergestalt niederdrückt, dass die Spitze des Fingers den zu eröffnenden Tumor berührt und deutlich fühlt. Den Finger nun als Leitsonde benützend, führt man das Messer vorsichtig bis an die Geschwulst, sticht dreist hinein und erweitert erst beim Herausziehen die kleine Wunde. Um den aus Mund und Nase stürzenden Eiter guten Abfluss zu schaffen und Aspiration zu verhindern, bringt man den Kopf des Patienten sofort in eine nach vorn geneigte Lage.

Zu demselben Zwecke empfiehlt Rosenberg die Incision des Abscesses bei hängendem Kopfe.

Bokai jun. lässt vor und nach der Operation vom Assistenten einen mässigen Druck auf die Gegend des entsprechenden Unterkieferwinkels ausüben, erstlich, um während der Incision das Ausweichen der Abscesswandung zu verbinden, und nachher, um eine möglichst vollständige Entleerung zu erzielen.

Kaufmann empfiehlt nach seinen Beobachtungen in der Vierordt'schen Klinik warm die Incision vom Munde aus mit Tieflagerung des Kopfes und eventuell lokaler Cocainanästhesie für tiefere R. A.; für höhere das Vierordt'sche (auch von anderen Seiten angegebene) Verfahren: kleiner Einstich und nach Entleerung des Eiters stumpfe Erweiterung der Incisionswunde.

Nach der Operation verschwinden gewöhnlich die bedrohlichen Symptome, wie mit einem Schlage tritt völlige Euphorie ein. Zur Nachbehandlung dienen Mund-, Nasen-

und Rachenspülungen mit schwachen antiseptischen Lösungen resp. Einspritzung derselben.

Indes geht die Sache nicht immer so glatt und ohne Zwischenfälle ab, und die Nachteile vermögen der Methode schon Eintrag zu thun.

Einmal gibt es Fälle, wo man den Abscess nur unter den grössten Schwierigkeiten erreichen kann, wobei die, insbesondere für decrepide Patienten, beängstigendsten Suffokationsanfälle heraufbeschworen werden.

Ein ander Mal kann man den Abscess überhaupt nicht erreichen und alle diesbezüglich ersonnenen Instrumente haben nur problematischen Wert.

Ein drittes Mal genügt die einmalige Incision gar nicht, da die Wunde zu klein war, resp. zu rasch verklebte. Wiederholung des Einschnittes ist dann nötig.

Ein übles Ereignis bilden auch die Blutungen, besonders wenn die Abscedierung noch nicht begonnen hat oder unvollkommen ist; sie werden durch eiskalte Einspritzungen bekämpft.

Ferner macht Bokai sen. darauf aufmerksam, dass ein zu tiefer Einstich in der Richtung der Seitenwand des Rachens die Carotis interna treffen könnte, und fordert deshalb peinlichste Vorsicht.

Die Hauptgefahr bleibt indes die Eitereinströmung in die Luftwege, die oft durch die besten Positionen und Manipulationen nicht verhindert werden kann und die ganz besonders gefährlich wird bei entkräfteten, decrepiden Kindern, die selbst geringe Eitermengen nicht expektorieren können. Es entstehen dann rapid jene gefürchteten Aspirationspneumonien, die ebenso, wie der Abscess selbst, bei dyskrasischen Individuen noch dazu in Verjauchung übergehen können.

Ein von Schmitz angegebenes Verfahren, während Ein- und Ausstich des Messers den linken Zeigefinger zur Verhütung der Eiteraspiration auf die Epiglottis zu senken,

dürfte wohl das Gegenteil bewirken, da der erste Atemzug nach Entfernen des Fingers sehr tief und langgezogen wird und dann erst recht Eiter aspiriert wird.

Ob der Einwand Burkhards gegen die Innenincision betreffs der Unmöglichkeit der Narkose berechtigt ist, wird von namhaften Autoren bezweifelt und die Narkose sogar für kontraindiziert gehalten.

Einem weiteren Vorwurf, der der Incision vom Munde aus gemacht wurde, nämlich dem Verzicht auf Anti- und Asepsis und auf ein Offenhalten und wirksame Drainage der Abscesshöhle messen die Anhänger der konservativen Operationsmethode als einem theoretischen Einwand keine grosse Tragweite zu und suchen ihn zu entkräften durch die Entgegnung, dass hier die Theorie und Praxis sich gegenüberstehen; denn ihre Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik zeige, dass die Incision von innen, wenn sie auch auf Antiseptik Verzicht leistet und dem Ideal der modernen Abscessbehandlung keineswegs entspräche, dennoch vorzügliche Resultate zeitige.*)

Gegenüber den genannten, allerdings nicht allzu häufigen Zufällen während und nach der Operation ist jedoch der Vorteil, den dieses Verfahren bietet, durchaus nicht gering anzuschlagen.

Im Vergleich zur Incision von aussen, die den gesamten antiseptischen Apparat und ärztliche Assistenz verlangt, was beides unmöglich ist, wenn man, noch dazu in primitiven Verhältnissen, sofort lebensrettend handeln soll, stellt die Incision von innen einen relativ leichten Eingriff dar, was eben ihre Anhänger dazu veranlasst, sie zur souveränen Methode zu erheben.

Indes trotz der scheinbar bestechlichen Einfachheit und Leichtigkeit der eben geschilderten Operationsmethode konnten

*) Insbesondere weist Bokai der Jüngere auf diesen Punkt mit Bezugnahme auf seine und seines Vaters Erfolge hin. (Festschrift für Henoch 1890).

sich viele Ärzte, speziell die Chirurgen, mit diesem Verfahren nicht befreunden, wie im vorhergehenden bereits angedeutet wurde. Die Lichtseiten des Eingriffes scheinen ihnen die Schattenseiten bei weitem nicht aufzuwiegen, so dass sie die Methode, die bis 1888 als die beste und rationellste galt und gepflegt wurde, nun völlig abgethan wissen wollen. In diesem Umfang aufzuräumen, dürfte wohl nicht statthaft sein, ein begrenztes Indikationsgebiet muss ihr immerhin zugestanden werden, darüber hinaus mag die Incision von aussen in ihr Recht treten.

John Chiene war 1877 der erste, der in der Behandlung der R. A. einen den Prinzipien moderner Wundbehandlung entsprechenden Weg einschlug. Er machte die Incision am hinteren Rande des Sternocleidomastoideus, von hier hinter der Carotis zum Abscess vordringend. Nach seinem Vorgang hat später Watson Cheyne das Verfahren geübt und unter Hervorhebung seiner Vorteile: Antisepsis, Drainage, Kontrolle durch die Augen etc. empfohlen.

Drei Jahre später empfahl auch P. Boéchat auf Grund guter Erfahrungen die Aussenincision nach Chiene speziell für kalte Abscesse spondylitischen Ursprungs; idiopathisch-phlegmonöse will er für die Innenincision reserviert wissen. Boéchat macht einen 8 cm langen Schnitt am hinteren Kopfnickerrand am Processus mastoideus beginnend, sehr genau sich an die Fläche der vorderen Wirbelsäule haltend, dringt er ohne besondere Schwierigkeit bis zur lateralen Wand des R. A. vor, den er spaltet und drainiert.

Bis zum Jahre 1888 scheint das Verfahren der Vergessenheit anheimgefallen zu sein, als Burkhardt, dem Chienes Verfahren unbekannt war, unter Beleuchtung der Mängel und Gefahren der Incision vom Munde aus die Eröffnung des R. A. am vorderen Rande des M. sternocleidomastoideus vorschlug. Burkhardt beschreibt sein Vorgehen

folgendermassen: „Macht man einen Schnitt entlang dem vorderen Rande des Sternocleidomastoideus in der Höhe des Kehlkopfes durch Haut und Platysma, so trifft man in der Höhe des Schildknorpels zunächst auf die zur Schilddrüse verlaufenden Gefässe. Schiebt man diese nach aussen, so gelangt man zwischen diesen und dem Kehlkopf, indem man sich dicht an letzteren hält, im lockeren Zellgewebe ohne Anwendung des Messers leicht bis an den inneren Umfang der Carotis communis. In dieser Höhe gehen von der Carotis an ihrem inneren Umfang keine Zweige ab. Macht man jetzt in der Tiefe dicht neben dem Kehlkopf resp. unterem Ende des Schlundkopfes mit dem Messer eine kleine Öffnung in das bei R. A. dort verdichtete Bindegewebe und erweitert dieselbe mit Kornzange, so hat man sich einen bequemen Zugang zum retropharyngealen Raum geschaffen. Kleine Venen, die man unter dem Platysma trifft und die mit den Thyreoidgefässen kommunizieren, unterbindet man doppelt.“

Erst seit Burkhardt hat sich die Operationsmethode von aussen dauerndes Bürgerrecht geschaffen. Nach seinem Vorschlag operierten bald darauf noch andere Chirurgen, z. B. Cramer, der sich für den Schnitt am vorderen Rand des Kopfnickers ausspricht, aber unerörtert lässt, welcher von beiden, der vordere oder hintere Randschnitt, vorzuziehen sei.

W. Meyer, E. Kummer und Reverdin empfehlen ebenfalls die „Incison antéro-latérale“ warm, letzterer ausser vorzüglichen Operationserfolgen noch auf Grund von Leichenversuchen.

Auch ich verfüge über einen Fall, den Prof. v. Angerer durch den vorderen Randschnitt operierte. Da über die Ergebnisse der Incision von aussen nicht gerade allzuviel bekannt geworden, und trotz der herrschenden Meinungsverschiedenheit in dieser Frage eine recht lebhafte Diskussion

noch nicht stattgefunden hat, so sollte doch jeder Fall durch Veröffentlichung der Kritik geboten werden.

Es handelt sich in unserm I. Fall um einen R. A., den wir wohl nach Anamnese und Operationsbefund in die Kategorie derer lymphadenitischen Ursprungs (örtlich entstandene) einreihen müssen:

H. Elise, 22 Jahre alt, Zimmermädchen.

Anamnese: Am 17. März 1901 bekam Patientin heftigen Kopfschmerz und Schüttelfrost und zugleich an der rechten Halsseite Schwellung; darauf stellten sich auch Schluckbeschwerden ein. Da Schwellung und Schluckbeschwerden zunehmen, trat Patientin am 19. März in das Krankenhaus I. d. I. ein. Fieber lässt nach zwei Tagen nach. Da sich Abscessbildung zeigte, wurde Patientin in die chirurgische Klinik verbracht.

Status: Auf der rechten Halsseite ein hühnereigrosser Tumor, der sich derb anfüllt. Die Haut ist über dem Tumor etwas adhärent, aber nicht entzündlich gerötet oder geschwellt. Der M. sternocleidomastoideus zieht über die Geschwulst hinweg und ist anscheinend auf derselben verbacken. Die Geschwulst ist ziemlich druckempfindlich und nach oben durch den Unterkieferrand, nach hinten durch den Rand des M. trapezius, nach vorne durch die Mittellinie des Halses begrenzt, während nach unten hinter der Clavicula ein Zapfen ins vordere Mediastinum zieht. Der Kehlkopf scheint etwas nach links verdrängt, was sich auch laryngoskopisch bestätigt. Bei der laryngoskopischen Untersuchung wird eine Fistelöffnung am Übergang der geschwellten Epiglottis zur rechten seitlichen Rachenwand entdeckt, aus der sich etwas Eiter entleert. Die Pulsation der grossen Halsgefässe ist rechts nicht fühlbar. Fluktuation ist nicht nachzuweisen.

Operation am 28. III. 1901: In der Längsrichtung des M. sternocleidomastoideus ein circa 10 cm langer Haut-

schnitt über die Mittellinie des Muskels. Nach Durchtrennung des Platysma und Freilegung des Kopfnickers wird an dessen vorderem Rande ein Schnitt gemacht. Im mittleren Drittel dieses Schnittes quillt ziemlich reichlicher, dickflüssiger Eiter heraus, der übel riecht. Die Abscesshöhle erstreckt sich hinter den Muskel und reicht retropharyngeal bis zur Mittellinie der Fascia praevertebralis über der Wirbelsäule. Sie ist mit dem M. sternocleidomastoideus am vorderen und hinteren Rand verbacken. Sie wird breit gespalten, excochleiert und sorgfältig gereinigt. Ebenso eine hinter der Clavicula nach unten ins Mediastinum sich erstreckende Tasche. Tamponade der Abscesshöhle, Bestreuung mit Jodoformpulver. Verband.

29. III. 01. Verbandwechsel; nach Entfernung der Tampons noch etwas Retention in der Tiefe; Tamponade; Verband.

31. III. 01. Verbandwechsel; Sekretion ist geringer; Tamponade; Verband.

2. IV. 01. Wundhöhle schliesst sich; geringe Sekretion. Tamponade wird weggelassen, Verband.

12. IV. 01. Wundränder noch etwas infiltriert; Sekretion gering. Nähte entfernt; Verband.

18. IV. 01. Wunde nahezu geheilt.

20. IV. 01. Patientin geheilt entlassen.

Veranlasst durch die medial prävertebrale Lage eines R. A. und durch die Überlegung, dass der Weg vom hinteren Rande des Kopfnickers zum R. A. grösser ist als der vom vorderen Rande, modifizierte nach Schmidts Mitteilung Kredel das Burkhard'sche Verfahren, indem er nicht an der Innenseite der Carotis, sondern an der Aussenseite der Vena jugularis eingeht. Lässt man den Muskel mit Haken seitlich ziehen, so gelangt man in gerader Richtung an denselben Punkt, den man vom hinteren Kopfnickerrand schräge erreicht, und man hat

besonders den Vorteil, dass man die grossen Gefässe nach eventueller Exstirpation einiger Lymphdrüsen auf mehrere Centimeter weit deutlich zu Gesicht bekommt und so völlig sicher operieren kann. Als Drainage dienen 2—8 weiche Gummiröhren, die auf die Vene keinen stärkeren Druck ausüben.

Bei dem vorzüglichen Erfolg der Operationen Kredels und anderer, die ihre Fälle publizierten, glaubt Schmidt, annehmen zu dürfen, dass die Mortalität geringer werden wird als die Bokai's jun. bei der Incision von innen, woraus die Berechtigung einer ernsten Konkurrenz mit letzterer resultieren muss.

Es haben sich indes auch Stimmen erhoben, die das Verfahren nach Burkhard verlassen, um zu dem älteren von Chiene zurückzukehren.

Einer der ersten, die für letzteres eintraten, war Sacchi. Es machte 3—4 cm unterhalb des Processus mastoideus eine 5—6 cm lange Incision am hinteren Rande des M. sternocleidomastoideus, dringt dann nach Spaltung der tiefen Halsfascie direkt bis an die Reihe der Querfortsätze. Muskel- und Nervenpaket wird mit stumpfen Haken nach vorn abgezogen. Mit Finger und Sonde dringt man entlang der Wirbelsäule direkt bis zum Abscess vor.

Sacchi betont die Superiorität des Chiene'schen Verfahrens gegenüber dem Burkhardt'schen, insoferne als bei ihm die gefährliche Nähe der Halsgefässe gänzlich vermieden werde. Zugang, Entleerung und Ausräumung des R. A. sei viel freier und einfacher.

Auch Esser macht aus der Helferich'schen Klinik Mitteilungen über den hinteren Randschnitt, dem er vor dem vorderen den Vorzug gibt.

Auf Grund eines von v. Bruns nach Chiene operierten Falles gibt Haas ebenfalls diesem Verfahren den Vorrang.

Zur Kasuistik dieser von v. Angerer in zwei Fällen von R. A. angewandten Methode des hinteren Randschnitts möchte ich die betreffende Krankengeschichte folgen lassen:

II. Fall. Kl. Maria, 39 Jahre alt, Zimmermannsfrau.

Anamnese: Patientin gibt an, sie sei am 14. August 1900 von einem Ochsen in die Höhe geschleudert worden; dabei fiel sie auf die linke Gesichtshälfte, auch wurde sie von dem Ochsen auf die linke Schulter getreten, so dass sie seit dieser Zeit arbeitsunfähig war und das Bett hüten musste. Patientin war in ärztlicher Behandlung, weil sie den linken Arm nicht mehr bewegen konnte und heftige Schmerzen auf der linken Halsseite hatte. Sie wurde elektrisiert und medikamentös behandelt.

Patientin war früher nie krank, sie ist Mutter von sechs Kindern, die alle gesund sind. Vater ist an Phthise gestorben. Patientin will früher viel Husten und Nachtschweisse gehabt haben.

Status: Ernährungszustand stark reduziert, Haut und Schleimhäute blass.

Lunge: Links hinten oben deutliche Verkürzung des Perkussionsschalles, Atmung in- und exstirpatorisch deutlich verschärft mit trockenen Nebengeräuschen. Untere Lungengrenzen verschieblich.

Herz: Normal.

Puls: Klein, regulär.

Patientin hält die Halswirbelsäule völlig steif, bei stärkerem Vor- und Rückwärtsbeugen fixiert sich Patientin selbst den Kopf. Bei Aspektion des Halses fällt eine mässige Schwellung, speziell in den oberen Partien, sowohl bei Betrachtung von vorn wie von hinten auf der linken Seite auf. Die zur linken Seite der Halswirbelsäule geschwellte Zone ist sehr druckempfindlich, ebenso die Halswirbelsäule selbst in der Gegend des Atlas und Epistropheus. Bei Aspektion von

der Mundhöhle aus sieht man die hintere Rachenwand, namentlich auf der linken Seite, stark nach vorn getrieben, so dass hinterer Gaumenbogen und hintere Rachenwand ganz zusammenstossen. Bei Palpation von der Mundhöhle aus ist an circumskripter Stelle Fluktuation nachweisbar. Extension in Glisson'scher Schwebe als Therapie

Operation am 22. V. 1901: In Chloroformnarkose 5—6 cm lange Incision am hinteren Rande des M. sternocleidomastoideus, der nach vorn abgezogen wird. Nachdem die tiefe Halsfascie durchtrennt und ein Drüsenpaket zur Seite geschoben ist, wird vor dem M. scalenus anticus stumpf gegen die Wirbelsäule vorgegangen. Bei der Palpation ist ein Abscess nicht zu erkennen, doch gewinnt man mit der bis auf die Wirbelsäule vorgestossenen Punktionsnadel Eiter.

Es wird nun scharf, den Querfortsätzen der Halswirbel entsprechend, eingegangen, worauf sich eine reichliche Menge dünnen, fleckigen Eiters entleert. Die Abscesshöhle geht weit nach unten und liegt direkt vor den Wirbelkörpern. Atlas und Epistropheus erscheinen grossentelis nekrotisch und auch der dritte Halswirbel füllt sich rauh an. Tamponade mit Jodoformgaze, Drainrohr, Pappdeckelverband.

Täglicher Verbandwechsel.

8. VI. 01. Sekretion aus der Wunde immer noch lebhaft; infolge vermehrter Schmerzen wieder Extension in in Glisson'scker Schwebe.

30. VI. 01. Eitrige Sekretion immer noch lebhaft; Jodoformbougies.

Guajacol. carbon. 1,0 pro die.

Beweglichkeit der Halswirbelsäule immer noch stark behindert.

10. VII. 01. Nachdem auf der linken Nackenseite wieder eine entzündliche Infiltration zu bemerken ist, werden feuchte Verbände angewandt. Sekretion geringer.

27. VII. 01. Trotz feuchter Verbände besteht die Infiltration an der linken Nackenseite fort. Sekretion besteht in unveränderter Weise fort. Subjektive Schmerzhaftigkeit geringer.

2. VIII. 01 Operation: In Chloroformnarkose Dilatation der bestehenden Wunde nach unten, worauf sich ziemlich viel Eiter entleert. Bei genauer Untersuchung mit dem Finger zeigen sich die oberen drei Halswirbel total nekrotisch, jedoch ist eine Entfernung desselben selbstverständlich unthunlich; es wird ein Jodoformgazedocht eingelegt, eine Kontraincision hinten am Halse über dem Infiltrat gemacht und tamponiert. Die narbigen Wundränder werden angefrischt.

12. VIII. 01. Die Wunde secerniert, doch ist das Sekret quantitativ geringer wie früher.

Täglich 1,0 gr Guajacolcarbonat. Kontrakturstellung des Kopfes nach rechts und vorn.

(Während der ganzen Zeit Temperaturschwankungen von 37,0° bis 38,9°.)

18. IX. 01. Kontrakturstellung des Kopfes sehr ausgeprägt. Keine ersichtliche Kräfteabnahme. Sekretion dauert in gleichem Masse und wie früher fort, allabendlich Temperatursteigerung ohne besondere Beeinträchtigung des subjektiven Befindens.

30. IX. 01. Status idem. Decubitus in der Kreuzbeingegend.

22. X. 01. Decubitus in Abheilung begriffen, dagegen entsteht ein solcher in der rechten Ohrgegend; durch die andauernde Rückenlage wird die Kontrakturstellung des Kopfes noch stärker. Wundsekretion mässig. Zunehmender Kräfteverfall.

Da eine Aussicht auf Heilung in keiner Weise vorhanden, wird Patientin auf Veranlassung der land- und forstwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft von Schwaben nach Hause entlassen.

III. Fall. St. Michael, 50 Jahre alt.

Anamnese: Patient gibt an, vor circa einem Jahre ohne äussere Ursache Schmerzen im Nacken bekommen zu haben. Vor circa acht Wochen traten die Schmerzen stärker auf und strahlten nach dem Hinterhaupt aus. Weitere Angaben sind bei der bestehenden Psychose des Patienten (Kretinismus) nicht herauszubringen.

Status: Der dritte und vierte Halswirbel springt deutlich nach hinten vor, der fünfte aber erscheint bei der Palpation stark eingesunken.

Zu beiden Seiten der Halswirbelsäule besteht ein starkes Infiltrat. Dasselbe reicht nach oben bis zum zweiten, nach unten bis zum sechsten Halswirbel und ist ziemlich druckempfindlich.

Der Kopf wird absolut steif gehalten, jede Bewegung ängstlich vermieden.

Bei der Untersuchung von der Mundhöhle aus zeigt sich der fünfte Halswirbelkörper stark nach vorn vorspringend. Oberhalb des Knochenvorsprungs ist eine etwa taubeneigrosse Geschwulst, die fluktuiert und druckempfindlich ist.

24. III. Punktion von der Mundhöhle aus ergibt Eiter, zufolge dessen wird sofort die Operation angeschlossen. In Chloroformnarkose wird eine 7 cm lange Incision am hinteren Rande des M. sternocleidomastoideus angelegt. Nach Präparation des Kopfnickers und Abdrängung der grossen Gefässe nach vorn wird stumpf gegen die Wirbelsäule vorgegangen. Nach Durchtrennung des prävertebralen Fascienblattes fliesst reichlich dünnflüssiger, flockiger Eiter ab. Nach stumpfer Dilatation erweist sich der fünfte Halswirbel total nekrotisch. Tamponade.

25. III. Patient sehr unruhig, so dass Zwangsjacke angelegt werden muss. Akute Manie.

26. III. Entfernung der Tampons. Wunde ziemlich rein. Tamponade.

26. III. Wegen der Aufregungszustände wird Patient aus der Klinik entlassen.

Zur Lösung der Frage, welcher der beiden radikalen Behandlungsmethoden der Vorzug gebührt, hat man die Vorteile und Nachteile eines jeden Verfahrens gegenübergestellt und so die Superiorität dieses oder jenes Schnittes quasi abzuwägen gesucht.

Die einen rühmen als Vorzug der Chiene'schen Operation: Schnelle, leichte Arbeit, Nerven und Gefässe, selbst Vena jugularis, kommen überhaupt nicht zu Gesicht, die Hautnaht ist günstig für dünnes Drainrohr und führen als Nachteil der Burckhardt'schen Operation an: Blosslegung der Carotis und Thyreoidgefässe, Drainage und Tamponade zieht direkt an den Gefässen vorbei, der weiter secernierte Eiter passiert die Gefässwände, kann sich ihnen entlang senken und zu Komplikationen führen.

Dem gegenüber behaupten die anderen, für einen median gelegenen prävertebralen Abscess komme lediglich das Burkhardt'sche Verfahren in Frage, der Weg vom hinteren Rande des Sternocleidomastoideus aus sei viel grösser, die Gefahr der Gefässschädigung durch Eiter und der Eitersenkung während der postoperativen Behandlung sei bei guter Drainage so gut wie ausgeschlossen.

Es wäre verfehlt, wollte man hier ein Dilemma schaffen, indem die einen nur diese, die andern nur jene Methode als die einzig berechtigte und rationelle hinstellen. Es muss jedem belassen sein, je nach Lagerung des Falles nach bestem Wissen zu wählen. Eine starre Regel kann man hier nicht aufstellen.

Denn einmal zeigt vielleicht die Natur den Weg, indem (z. B. in unsern Fällen I und II) die an der Halsregion auftretende Geschwulst einmal mehr gegen die Mittellinie des Halses zu, das andere Mal mehr gegen Wirbelsäule resp. vorderen Cucullarisrand zu zu perforieren droht. In derartig gelagerten Fällen andere als die sich selbst vorschreibenden Operationsmethoden zu wählen, hiesse doch mindestens die Situation mutwillig sich selbst erschweren. Sitzt etwa der Abscess oberhalb des Aditus laryngis, so empfiehlt sich vielleicht das Verfahren Chienes mehr, sitzt er unterhalb des Kehlkopfeinganges, so scheint die Incision nach Burkhardt sich besser zu eignen, u. s. w.

Kurz, derartige Winke für unser therapeutisches Handeln dürften sich beim einzelnen Falle sicherlich genugsam ergeben.

An dieser Stelle möge noch erwähnt sein, dass für ganz tiefsitzende retroviscerale Abscesse die Ösophagotomie empfohlen und auch ausgeführt wurde.

Die Besprechung der Therapie etwaiger Komplikationen bei Senkung des Retropharyngealabscesses, wie eitrige Mediastinitis mit eventuell folgendem Empyem, liegt ausserhalb des Rahmens dieser Arbeit.

Resumieren wir das Ergebnis unserer Besprechung der gesamten therapeutischen Massnahmen, so müssen wir zu dem Schlusse kommen, dass wir, ebenso wie beim Entscheid zwischen Längsschnitt am vorderen oder hinteren Sternocleidomastoideusrand im besonderen, so auch in der Frage, incidieren wir überhaupt von innen oder von aussen, uns unter keinen Umständen auf einen exklusiven Standpunkt stellen dürfen. Wenn einer sich vor Schematisierung und Schablone zu hüten hat, so ist es gewiss der Arzt, der zu individualisieren verstehen muss; und in der Therapie des R. A. nicht zuletzt.

Man muss eben berücksichtigen, dass auch die Incision vom Munde aus gute Resultate aufweist, und dass andererseits die Incision von aussen keineswegs so leicht und vorerst noch ein Privileg der Chirurgen ist, dass sie also nicht überhaupt, nicht von jedem Arzte und ohne Assistenz, zumal in dringenden Fällen, ausgeführt werden kann.

Auch in dieser Frage wird der Einzelne nach dem jeweiligen Falle den richtigen Weg einzuschlagen wissen.

Die Incision von innen mag in dringlichen Fällen, bei medianem und hochgelegenem, beim ausgebildeten und unkomplizierten Retropharyngealabscess ihr Indikationsgebiet haben. Beim R. A., der von tuberkulöser Wirbelcaries ausgeht, ist sie direkt kontraindiziert und beschleunigt den letalen Ausgang. In diesen, sowie in den mit äusseren Abscessen komplizierten Fällen, ferner, nach Oppenheimers Erfahrung, bei stark hyperplastischer, nicht abscedierender Lymphadenitis retropharyngealis, wo die Incision von innen nichts nützen und viel schaden kann, und schliesslich noch bei dem durch Fremdkörper hervorgerufenen R. A. tritt die freie Incision von aussen in ihr Recht. Für diese Fälle steht auch einer der treuesten Anhänger und wärmsten Verteidiger der Incision vom Munde aus, Bokai jun., nicht an, ihr eine gute Zukunft zu prognostizieren.

Zum Schlusse meiner Arbeit sei es mir gestattet, meinem verehrten Lehrer, Herrn Obermedizinalrat Prof. v. Angerer, für die gütige Überlassung der Fälle meinen verbindlichsten Dank zum Ausdruck zu bringen.

Literatur.

1. Karewsky: Aktuter idiopathischer Retropharyngealabscess der Kinder. Berliner Klinik 1893. Heft 57.
2. Henoch: Vorlesungen über Kinderkrankheiten.
3. — Beiträge zur Kinderheilkunde, neue Folge. 1868.
4. — Klinische Wahrnehmungen. 1851.
5. Oppenheimer: Über entzündliche Prozesse und tiefgehende Eiterungen am Halse. Archiv für Kinderheilkunde. Bd. XXII, pag. 455.
6. Temoins: Abscés rétropharyngiens. Rev. mens. 1887.
7. Bokai sen.: Über Retropharyngealabscess und Lymphadenitis retropharyngealis. Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1876.
8. Haas: Zur Behandlung des Retropharyngealabscesses. Beitr. zur klinisehen Chirurgie. Bd. XXII, Heft 3.
9. Schmidt: Zur Operation des Retropharyngealabscesses. Dissertation Leipzig 1900.
10. Esser: Zur Behandlung des Retropharyngealabscesses. Dissertation Kiel 1901.
11. Bokai jun.: Sollen wir den idiopathischen Retropharingealabscess von innen oder aussen eröffnen? Pädiatrische Arbeiten. Festschrift. Berlin 1890.
12. Schmitt: Über Retropharyngealabscess. Dissertation. München 1898.
13. Kaufmann: Über Retropharyngealabscess. Dissertation. Heidelberg 1898.
14. Schmitz: Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1873. Bd. IV.
15. Neumann: Berl. klin. Wochenschrift. 1891. Nr. 53.
16. Baginsky: Lehrbuch der Kinderkrankheiten.
17. Rosenberg: Die Krankh. d. Mundhöhle, d. Rachens etc. 1899.
18. Güterbock: Über Abscessblutung etc. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. XXIV.

19. König: Zur Kasuistik arterieller Blutungen bei Abscesseröffnung. Münchner Med. Woch. 1887. Nr. 32.
20. — Der Retropharyngealabscess in Pitha und Billroths Handbuch der Chir. Bd. III. Abt. I B.
21. Stöck: Der Retropharyngealabscess in Pitha und Billroths Handbuch der Chir. Bd. III, pag. 120.
22. Boéchat: Note sur le traitement antiseptique des absc. retrophar (Bullet. med. de la Suisse). Zentralblatt für Chirurgie. Ref. Girard. 1881.
23. Sacchi: Contributio alla cura degli absc. retrofar. Zentralblatt für Chirurgie. 1892. Ref Hinterstoisser.
24. Kramer: Über die Behandlung retrovisc. tuberkul. Abscesse. Zentralblatt für Chir. Nr. 12.
25. Kummer: Absc. retroph. Incision auté'ro-laté'rale (Rev. med. de la Suisse 1895). Zentralbl. f. Chir. 1895. Nr. 45. Ref.: Kronacher.
26. Reverdin: De l'incision des absc. retroph. etc. Zentralbl. für Chir. Nr. 45. Ref.: Kronacher.
27. Witthauer: Ein Fall von Retroph.-Abscess. Münch. Med. Wochenschrift. 1892, pag. 467.
28. Rosenthal: Beitrag zur chirurgischen Anatomie der Retroph.-Abscesse. Przegled chirurgiczny. Bd. III. Zentralblatt für Chir. Nr. 47. 1896.
29. Burkhardt: Über die Eröffnung der Retropharyngealabscesse. Zentralblatt für Chir. 1888. Nr. 4.
30. Lewandowsky: Retropharyngealabscess und Scarlatina. Berl. klin. Woch. 1882. Nr. 8.
31. — Abscess durch Fremdkörper. Schmidts Jahrb. Bd. 121.
32. Bryant: Transactions of the Americain Surg. etc. 1895. Zentralblatt für Chir. 1896. Nr. 48.
33. Reverdin: Französ. Chirurg.-Kongress Lyon. 1894. Münch. Med. Wochenschrift. 1894. (Referat.)
34. Neumann: Archiv für Kinderheilkunde. Bd. XV, pag. 339.
35. Kormann: Zentralzeitung f. Kinderheilkunde. 1877. Nr. 5 u. 6.

Lebenslauf.

Geboren am 31. August 1878 zu Ingenheim, besuchte ich erst die Volksschule meines Heimatsortes, dann die Lateinschule zu Bergzabern, trat hierauf in das Kgl. humanistische Gymnasium zu Landau über, das ich im Juli 1897 nach bestandenem Atiturienten-Examen verliess. Behufs Studium der medizinischen Wissenschaft bezog ich sodann die Universität München, wo ich vom Wintersemester 1897/98 bis zum Wintersemester 1899/1900 inkl. verblieb.

Im Sommersemester 1898 diente ich ein halbes Jahr als Einjährig-Freiwilliger beim Kgl. bayer. Infanterie-Leibregiment. Im Juli 1899 bestand ich am Ende des vierten Semesters die ärztliche Vorprüfung. Das Sommersemester 1900 und das Wintersemester 1900/01 studierte ich in Berlin. Im Sommersemester 1901 kehrte ich wieder nach München zurück, um mich am Ende des Wintersemesters 1901/02 dem Staatsexamen zu unterziehen, das ich im Sommersemester 1902 am 20. Juni vollendete.

Richard Fried,
approb. Arzt.